



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros       |
| <b>Conta origem:</b>   | 3334 / 003 / 00000692-0  |
| <b>Tipo de conta:</b>  | 01 - Conta Corrente      |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                 |
| <b>Nome:</b>           | STA CASA DE MISERICORDIA |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 50.320.605/0001-38       |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Banco:</b>                     | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948     |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                     |
| <b>Conta destino:</b>             | 1013 / 00000033086-8                    |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | JURÍDICA                                |
| <b>Nome:</b>                      | MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 28.547.318/0001-06                      |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 6.620,18                            |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 0,00                                |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                   |
| <b>Identificação da operação:</b> | MALU ASSISTENCIA                        |
| <b>Histórico:</b>                 |   |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 06/02/2023          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 06/02/2023 15:36:59 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00189515         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 1XJF854Z6M34MZPZ |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO DA NOTA  
00175

DATA DA EMISSÃO  
03-02-2023 14:07:26  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
314D8080F

COMPETÊNCIA: 02/2023 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA - ME  
CPF/CNPJ: 28.547.318/0001-06  
INSC.MUNICIPAL: 10232  
SIMPLES NACIONAL: ( ) SIM ( x ) NÃO  
ENDEREÇO: DAS ARARAS, 46 - PORTINHO  
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP  
CEP: 11.630-000  
PAÍS: BRASIL  
COMPLEMENTO: TELEFONE: (12) 9815-66131  
E-MAIL: albertomgorro@hotmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA  
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38  
INSC.MUNICIPAL: 883  
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO  
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP  
CEP: 11.630-000  
PAÍS: BRASIL  
COMPLEMENTO: TELEFONE: (12) 3896-5566  
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PLANTÃO DIURNO (HORA) \*\*\*\*\* R\$ 2.880,00  
PLANTÃO FINAL DE SEMANA (HORA) \*\*\*\*\* R\$ 3.600,00  
PRODUÇÃO (POR FICHA DE ATENDIMENTO) \*\*\* R\$ 574,00

\*\*\* FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO \*\*\*

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS      | DEDUÇÕES                              | VALOR DO SERVIÇO.....       | R\$ 7.054,00 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------|
| PIS..... R\$ 45,85     | Alíquota DO ISS ..... 2,00 %          | Base de Cálculo.....        | R\$ 7.054,00 |
| COFINS..... R\$ 211,62 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito.....       | R\$ 0,00     |
| IR..... R\$ 105,81     | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00   | Total de Deduções.....      | R\$ 0,00     |
| INSS..... R\$ 0,00     | Outras Retenções..... R\$ 0,00        | Total de Imp. Federais..... | R\$ 433,82   |
| CSLL..... R\$ 70,54    | Outras Deduções..... R\$ 0,00         | Valor do ISS.....           | R\$ 141,08   |
|                        | Regime Especial Tributação... Nenhum  | VALOR LÍQUIDO.....          | R\$ 6.620,18 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DRA. MILENE DESLANDES ( COMP. 01/2023 PERÍODO: 11/12/2022 A 31/01/2023)

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: ( X ) Prestador ( ) Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site [ilhabela.iibr.com.br](http://ilhabela.iibr.com.br) com a utilização do Código de Verificação.



**Santa Casa**

de Misericórdia de Ilhabela

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

**MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA - ME**

CNPJ: 28.547.318/0001-06

COMP: 01/2023 PERÍODO: 11/12/2022 A 10/01/2023

**DRA. MILENE DESLANDES**

e-mail: albertomgorro@hotmail.com

| DESCRIÇÃO                           | QTD.       | VALOR              | TOTAL               |
|-------------------------------------|------------|--------------------|---------------------|
| Plantão Diurno (Hora)               | 24         | R\$ 120,00         | R\$ 2.880,00        |
| Plantão Noturno (Hora)              |            | R\$ 145,00         | R\$ -               |
| Plantão Final de Semana (Hora)      | 24         | R\$ 150,00         | R\$ 3.600,00        |
| Plantão Covid Diurno                |            | R\$ 160,00         | R\$ -               |
| Plantão Ambulância UTI              |            | R\$ 750,00         | R\$ -               |
| Transferência Ambulância UTI        |            | R\$ 500,00         | R\$ -               |
| Produção (por ficha de atendimento) | 82         | R\$ 7,00           | R\$ 574,00          |
|                                     |            | <b>TOTAL BRUTO</b> | <b>R\$ 7.054,00</b> |
|                                     |            | <b>IMPOSTOS</b>    | <b>R\$ 433,82</b>   |
|                                     |            | <b>LÍQUIDO</b>     | <b>R\$ 6.620,18</b> |
| COFINS 3,00%                        | R\$ 211,62 |                    |                     |
| PIS 0,65%                           | R\$ 45,85  |                    |                     |
| CSLL 1,00%                          | R\$ 70,54  |                    |                     |
| IRRF 1,50%                          | R\$ 105,81 |                    |                     |